

※写真(任意)

正確に本人確認
ができます。

作成日 令和 年 月 日

様式-2

安心カード

救急・消防 119
警察 110

ふりがな		性別	男・女
氏名		電話	自宅:
住所	大野町	番号	携帯:
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年	月 日

緊急連絡先

氏名	自宅電話	携帯電話	住所	続柄



持病・既往歴	高血圧・糖尿病・ <small>のうこうそく</small> 脳梗塞・心臓病・ <small>じんぞうびょう</small> 腎臓病・肝炎 その他 ()
かかりつけ医	医療機関名: 医師名: 医療機関名: 医師名:
お薬手帳と常備薬 の置き場所	お薬手帳 () 常備薬 ()
アレルギー	なし・あり

- 安心カードと一緒に容器に入れておくと良いもの (☑チェックしてください)
□ 保険証の写し □ 診察券の写し

●家族や医師に対して事前に伝えておきたいこと

- ・この「安心カード」は、緊急時に救助活動に役立てたり、緊急連絡を可能にするためのものです。
- ・本人が記入して、カプセルの中に入れて、自宅の冷蔵庫で保管してください。
- ・安心カードの情報は、古いままだと適切な処置を受けられません。年に1回見直してください。
- ・カードの個人情報は、緊急業務以外には使用することなく、外部に漏れることはありません。

この安心カードは『赤い羽根共同募金』の配分金により作成されます。

